

対象者確認シート

実施日： 年 月 日

氏 名： _____

実施者： _____

体調などの確認のため、以下の質問にお答えください。

この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか	はい	いいえ
かかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか	はい	いいえ
この6か月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか	はい	いいえ

いずれか1つでも「はい」の場合、「貯筋」トレーニング教室の利用対象外です。

いずれも「いいえ」の場合、下記の質問にお答えください。



以下は、サルコペニア（※）のスクリーニングのための質問票です。

※サルコペニアとは、加齢による筋肉量の減少および筋力の低下のことをいいます。

SARC-F 質問項目	0点	1点	2点
4.5kg（2Lのペットボトル2本相当）の物を持ち上げたり、運んだりするのは、どのくらいむずかしいですか	まったく むずかしくない	いくらかむずかしい	とてもむずかしい、 または、できない
部屋の中を歩くことはどのくらいむずかしいですか	まったく むずかしくない	いくらかむずかしい	とてもむずかしい、 杖などが必要、 または、できない
ベッドや椅子から立ち上がることはどのくらいむずかしいですか	まったく むずかしくない	いくらかむずかしい	とてもむずかしい、 または、介助が必要
10段程度の階段を昇ることはどのくらいむずかしいですか	まったく むずかしくない	いくらかむずかしい	とてもむずかしい、 または、できない
過去1年間に何回程度転びましたか	まったくない	1-3回	4回以上

合計点

合計点が1点以上の方は、「貯筋」トレーニング教室の利用対象です。

ただし、著しく身体状況が低下しているなど、「貯筋」トレーニング教室の利用が難しいと考えられる方は、参加できない場合があります。

なお、合計点が4点以上の場合、サルコペニアの可能性もあります。